|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE HOY:**  | **MEDICO REFERENT:**  |

informacion del paciente

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido: | Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Edad: | Estado Civil: | Sexo: |
| Direccion: | Ciudad:: | Zip |
| Seguro social no.: | Numero de Casa: | Numero de Celular:  |
|  |  |  |

Imformacion sobre la aseguranza(Por Favor de dar su tarjeta de Aseguranza a la recepcionista.)

|  |
| --- |
|  |

Por favor indicar su aseguranza primaria::

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del suscriptor: | El S.S. no. del suscriptor: | Fecha de Nacimiento: | Grupo no.: | No. de poliza: | Copago: |
|  |  |  |  |  |  |

Relacion del paciente con el suscriptor::

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del secundario aseguranza: | Nombre del suscriptor: | Grupo no.: | No. de poliza: |
|  |  |  |  |

Relacion del paciente con el suscriptor:: en caso de emergencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del amigo local o relativo (que no vivan en la misma direccion): | Relacion con el paciente: | Numero de Casa:  | Numero del Trabajo |
|  |  |  |  |

**ASIGNACION DE VIDA UTIL DE LOS BENEFICIOS/ DIVULGACION DE INFORMACION/ AUTORIZACION PARA TRATAR.**Autorizo el pago de beneficios médicos para diagnóstico investigación y pionero dba pionero diagnóstico y proyección de imagen de los servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier importe no cubierto por mi compañía de seguros. Autorizo a soltar a mi compañía de seguros o su información de agente de salud, Consejo, tratamiento o suministros previstos para mí. Esta información será utilizada con el fin de evaluar y administrar los reclamos. También autorizo el equipo interdisciplinario para realizar los tratamientos o procedimientos aprobados por mi médico. Reconozco y entiendo que ninguna garantía, ya sea expresa o implícita se han hecho a mí con respecto al resultado de tratamientos o procedimientos. He tenido la oportunidad de hacer preguntas de mi tratamiento, alternativas disponibles, si los procedimientos utilizados. He recibido una copia de los derechos y responsabilidades de los pacientes

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | Firma del paciente o tutor |  | Fecha |  |

 |